



La prévention de la grippe saisonnière

VAXIGRIP. DENOMINATION DU MEDICAMENT: VAXIGRIP, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin grippal inactivé à virion fragmenté. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE: Virus grippal fragmenté*, inactivé contenant des antigènes analogues des souches suivantes: - A/Brisbane/59/2007 (H1N1) - souche analogue (A/Brisbane/59/2007 (IVR-148)) 15 microgrammes HA** - A/Brisbane/10/2007 (H3N2) - souche analogue (A/Uruguay/716/2007 (NYMC X-175C)) 15 microgrammes HA** - B/Florida/4/2006 - souche analogue (B/Florida/4/2006) 15 microgrammes HA** pour une dose de 0,5 ml. * cultivés sur œufs embryonnés de poules provenant d'élevages reconnus sains. **hémagglutinine. Ce vaccin est conforme aux recommandations de l'OMS (dans l'Hémisphère Nord) et à la décision de l'Union Européenne pour la saison 2008/2009. FORME PHARMACEUTIQUE: Suspension injectable en seringue préremplie. Le vaccin, après avoir été agité doucement, est un liquide légèrement blanchâtre et opalescent. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES: Prévention de la grippe, en particulier chez les sujets qui présentent un risque élevé de complications associées. L'utilisation de VAXIGRIP doit être basée sur des recommandations officielles. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: Adultes et enfants de plus de 36 mois : 0,5 ml. Enfants de 6 mois à 35 mois. Les données cliniques sont limitées. Une dose de 0,25 ml ou 0,5 ml a été utilisée. Pour les enfants n'ayant pas été vaccinés auparavant, une seconde dose devra être injectée après un intervalle d'au moins 4 semaines. Administrer par voie intramusculaire ou sous cutanée profonde. CONTRE-INDICATIONS: Hypersensibilité aux substances actives, à l'un des excipients, aux œufs, aux protéines de poulet, à la néomycine, au formaldéhyde et à l'octoxinol 9. VAXIGRIP ne contient pas plus de 0,05 microgramme d'ovalbumine par dose. La vaccination doit être différée en cas de maladie fébrile ou d'infection aiguë. EFFETS INDÉSIRABLES: Événements indésirables observés au cours des essais cliniques. La tolérance des vaccins grippaux trivalents inactivés est évaluée au cours d'essais cliniques en ouvert, non contrôlés, réalisés annuellement en conformité avec les exigences réglementaires, et incluant au moins 50 adultes âgés de 18 à 60 ans et au moins 50 personnes âgées de 61 ans et plus. L'évaluation de la tolérance est réalisée durant les 3 premiers jours suivant la vaccination. Les effets indésirables suivants ont été observés au cours des essais cliniques avec les fréquences suivantes: Très fréquents ($\geq 1/10$) ; fréquents ($\geq 1/100$; $< 1/10$) ; peu fréquents ($\geq 1/1000$;

$< 1/100$) ; rares ($\geq 1/10\ 000$; $< 1/1\ 000$) ; très rares ($< 1/10\ 000$), incluant des rapports isolés. Affections du système nerveux: Fréquents ($\geq 1/100$; $< 1/10$) ; Céphalées. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Fréquents ($\geq 1/100$; $< 1/10$) ; Sueurs*. Affections musculo-squelettiques et systémiques: Fréquents ($\geq 1/100$; $< 1/10$) ; Myalgies, arthralgies*. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: Fréquents ($\geq 1/100$; $< 1/10$) ; Fièvre, malaise, frissons, fatigue. Réactions locales: rougeur, gonflement, douleur, ecchymose, induration*. *Ces réactions disparaissent généralement après 1 ou 2 jours sans traitement. Événements indésirables rapportés au cours de la surveillance après commercialisation. Les événements indésirables rapportés au cours de la surveillance après commercialisation, en plus de ceux déjà observés au cours des essais cliniques, sont les suivants : Affections hématologiques et du système lymphatique: Thrombocytopénie transitoire, lymphadénopathie transitoire. Affections du système immunitaire: Réactions allergiques, conduisant à un choc dans de rares cas, angioedème. Affections du système nerveux: Névralgie, paresthésie, convulsions fébriles, troubles neurologiques, tels que encéphalomyélite, névrite et syndrome de Guillain-Barré. Affections vasculaires: Vasculites avec atteinte rénale transitoire dans de très rares cas. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Réactions cutanées généralisées incluant prurit, urticaire, rash non spécifique. NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTÉRIEUR. 0,5

Vaxigrip® € 10,38



La référence contre la grippe



**Le meilleur moment pour vacciner est
OCTOBRE - DECEMBRE
avant la saison grippale**



Protégez vos patients

ml de suspension en seringue préremplie (verre de type I) avec aiguille attachée munie d'un bouchon piston (élastomère chlorobromobutyle ou chlorobutyle) - boîte de 1, de 10, de 20 ou de 50. 0,5 ml de suspension en seringue préremplie (verre de type I) sans aiguille munie d'un bouchon piston (élastomère chlorobromobutyle ou chlorobutyle) et d'un capuchon (chlorobromobutyle) - boîte de 1, de 10, de 20 ou de 50. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ: Sanofi Pasteur MSD. Avenue Jules Bordet 13. B-1140 Bruxelles Belgique. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ: 87 IS 127 F 17 (sans aiguille); 87 IS 2 F 17 (avec aiguille). DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE: 06/2008. MODE DE DELIVRANCE: Médicament soumis à prescription médicale.

le sommaire

Introduction	4
1 \ Le virus de la grippe saisonnière	5
2 \ La grippe	6
3 \ Le vaccin contre la grippe	8
4 \ Les groupes cibles de la vaccination	10
5 \ Le vaccin contre la grippe en pratique	13
6 \ Les couvertures vaccinales	15
7 \ Les réticences	17
8 \ La vaccination des professionnels de la santé	19

Introduction

Les recommandations relatives à la vaccination contre la grippe pour certains groupes de population sont diffusées depuis plus de 20 ans. Sur base des données scientifiques disponibles, la balance des bénéfices et des inconvénients de la vaccination contre la grippe est bien connue. Le bilan de la vaccination des groupes à risque est réellement positif.

Pourtant, de nombreuses réticences et idées fausses survivent et les couvertures vaccinales demeurent trop faibles dans les groupes pour lesquels la vaccination est recommandée. Pour citer un exemple, combien de personnes ne croient-elles pas, à tort, que le vaccin peut leur transmettre la grippe ?

Pour améliorer la protection des personnes à risque de complications suite à une grippe, le rôle du médecin généraliste est central. Il est aussi multiple : proposer la vaccination à ses patients concernés,

voire les convoquer ; combattre les idées fausses ; écouter les réticences ; donner son avis scientifique ; etc.

Il est essentiel également de situer ce qu'on attend du vaccin (c'est-à-dire une protection contre les complications, les hospitalisations et le décès lié à la grippe) ; mais il faut aussi prévenir le patient qu'il ne sera pas protégé vis-à-vis des nombreux virus responsables d'infections respiratoires aiguës non grippales.

Dans le domaine de la vaccination, la prévention s'appuie, outre l'acte médical, sur une communication de qualité avec son patient.

1. Le virus de la grippe saisonnière

Le virus de la grippe saisonnière est un virus de la famille des *Orthomyxoviridae*.

Les différents types de virus *Influenza* se distinguent par leur réservoir et leur sévérité clinique :

→ **le type A dont les principales caractéristiques sont**

- réservoir humain et animal
- sévérité clinique nulle à très importante
- implication dans les épidémies (glissement antigénique) et les pandémies (cassure antigénique).

→ **le type B dont les principales caractéristiques sont :**

- réservoir humain
- sévérité clinique parfois très grave (surtout jeune enfant)
- quelques épidémies sporadiques (glissement antigénique), pas de pandémie (pas de cassure antigénique).

→ **le type C dont les principales caractéristiques sont :**

- réservoir humain et porcin
- affection bénigne
- aucune implication dans les épidémies ou pandémies.

Le virus se compose de :

→ **8 segments d'ARN monocaténares**

→ **d'une enveloppe glucido-lipido-protidique, porteuse de spicules**

- HA : hémagglutinine, permet la liaison au récepteur de la cellule hôte. Il en existe 15 sous-types (H1 à H15)
- NA : neuraminidase, permettant le clivage de l'acide sialique des récepteurs cellulaires de la cellule hôte, induisant une libération des virions vers d'autres cellules. Il en existe 9 sous-types (N1 à N9)

→ **de la protéine M1 (joue un rôle dans la rigidité de la paroi rigidifiée) et de la protéine M2.**

La nomenclature du virus *Influenza* reprend le lieu d'isolement, le code labo et l'année d'isolement, ainsi que, uniquement pour le type A, les sous-types HA et NA. Par exemple, la composition du vaccin 2008-2009, composé de trois nouvelles souches, se libelle :

- une souche analogue à **A/Brisbane/59/2007 (H1N1)**
- une souche analogue à **A/Brisbane/10/2007 (H3N2)**
- une souche analogue à **B/Florida/4/2006**
ou B/Brisbane/3/2007.

2. La grippe

Transmission

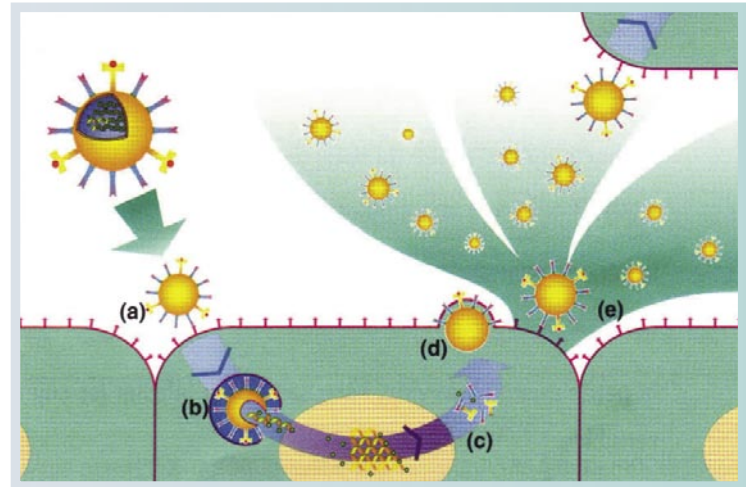
La transmission se fait essentiellement par les voies aériennes, lors d'une toux, d'un éternuement, de la parole par le biais de gouttelettes qui peuvent être dispersées jusqu'à 2 mètres. Mais elle est également possible par le biais de mouchoirs ou de mains contaminées. La survie du virus dans l'environnement est de respectivement 24 à 48h sur du matériel non poreux, de 8 à 12h sur du tissu ou du papier et d'environ 5 min sur les mains.

Le taux d'attaque est de 1 à 15 % chez les adultes, 30% chez les enfants, montant jusqu'à 40 voire 90% dans les communautés fermées telles les maisons de repos ou camps militaires.

Le cycle de replication du virus peut être représenté en 5 étapes (voir figure) :

- Une fois dans l'organisme, le virus utilise les projections de l'hémagglutinine pour se lier à l'acide sialique sur les cellules épithéliales qui tapissent les voies respiratoires hautes et basses.
- Suite à cette liaison, la cellule hôte est incitée à absorber le virus qui - une fois dans la cellule - commence à se multiplier
- L'ARN et les protéines du virus sont multipliés par la cellule hôte et réunis pour former de nouvelles particules virales.

- Les nouvelles particules virales migrent vers la surface de la cellule mais restent fixées par la liaison hémagglutinine-acide sialique.
- La neuraminidase, une enzyme, brise cette liaison et libère les influenza-virus nouvellement formés qui peuvent alors infecter d'autres cellules.



Avec l'aimable autorisation de la firme Roche

Clinique

Comparativement aux infections à adénovirus qui sont plus progressives et touchent également la sphère respiratoire de façon moins explosive, la grippe se présente de façon brutale, s'accompagnant de fièvre, céphalées, douleurs musculaires, malaise général, douleurs articulaires, symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, congestion nasale, sinusite et otalgie...).

L'évolution clinique se fait sur plus ou moins une semaine, le premier jour de l'infection passant inaperçu le plus souvent. Les premiers symptômes sont ce malaise général accompagné de céphalées et myalgies. Suivent la température et les symptômes respiratoires ; la clinique se normalise (sauf complications) après 7 à 8 jours.

Complications

Les complications de la grippe sont le plus souvent bactériennes.

Les surinfections bactériennes telles que les bronchites, pneumonies et sinusites sont généralement liées à *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*.

On rencontre également dans le décours de l'infection des sinusites, otites et pneumonies virales. Ces dernières sont rares mais avec un taux élevé de létalité (ce fut la principale cause de mortalité chez les jeunes patients lors de l'épidémie de grippe espagnole de 1918-1919 ; la grossesse pourrait en augmenter le risque). Les autres complications possibles, mais plus rares, sont les encéphalites et les myocardites.

La grippe peut également être à l'origine d'une dégradation des affections chroniques sous jacentes (diabète, décompensation cardiaque, insuffisance rénale..)

Les risques majorés de complications se retrouvent surtout chez les jeunes enfants et les patients de plus de 65 ans. Certaines études font état d'une majoration du risque dès 50 ans.

La mortalité peut être considérable :

- lors de pandémies : 10 - 30 millions en 1918-1919 (H1N1), 1- 2 millions en 1957-1958 (H2N2), 800.000 en 1968-1969 (H3N2)
- lors d'épidémies de grippe saisonnière en Belgique: 4900 décès en 1989, 848 en 1993-1994.

3. Le vaccin contre la grippe

Le but premier du vaccin contre la grippe est de diminuer le taux de mortalité et de morbidité liés à la grippe ; en outre, il permet de diminuer le nombre d'hospitalisation et le coût engendré par les complications et les ITT.

Une réévaluation annuelle du vaccin est nécessaire en raison de l'émergence de nouveaux variants viraux :

- soit par mutations ponctuelles (glissement antigénique) responsables des épidémies saisonnières (en raison de la moindre protection immune présente au sein de la population). C'est la situation dans les périodes interpandémiques
- soit par un réassortiment de gènes (cassure antigénique), signant l'apparition de nouveaux sous-types à l'origine de pandémies.

Sur base des données épidémiologiques recueillies dans 83 pays, on définit les recommandations annuelles en sélectionnant les 3 souches les plus virulentes qui devraient circuler 6 à 9 mois plus tard (définition en mars ou avril pour l'hémisphère nord). **En Belgique, nous avons à notre disposition trois types de vaccin:**

- le vaccin scindé ou "split" constitué de fragments de virus avec les antigènes de surface H et N (Alpharix™, Vaxigrip™)

- le vaccin de type "subunit", ne contenant que les antigènes de surface H et N (Influvac S™)
- le vaccin du type "virosome", où les antigènes de surface H et N sont emballés dans une membrane reconnue par le système immunitaire (Inflexal V™).

Efficacité

L'efficacité du vaccin est liée :

- d'une part à l'immunocompétence du vacciné. Celle-ci diminue avec l'âge, ce qui explique la moindre protection obtenue chez les personnes les plus âgées
- d'autre part, au degré de concordance entre les virus vaccinaux et les virus circulants.

Des études nous montrent une efficacité vaccinale permettant une diminution jusqu'à 70% des infections chez les adultes de moins de 65 ans, une diminution d'environ 50% des infections respiratoires et des hospitalisations et de plus de 60% des décès. Ces chiffres de protection diminuent progressivement avec l'âge.

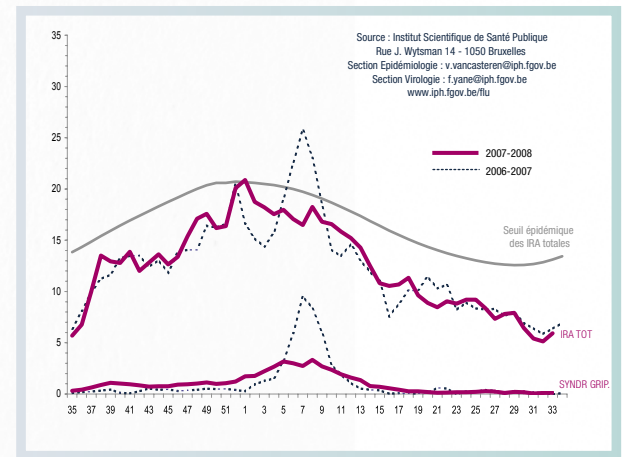
Les données d'efficacité issues des études varient évidemment selon la virulence des virus saisonniers rencontrés durant la période de l'étude, ainsi que du degré de concordance entre les souches vaccinales et les souches circulantes.

Ce vaccin ne peut donner la grippe en raison de sa constitution (composants inertes), mais étant administré dans une période (de septembre à novembre) où surviennent des mini-épidémies d'infections à adénovirus, les patients présentent des tableaux cliniques d'infections respiratoires hautes et basses... sans aucun rapport avec une éventuelle grippe. Ces différents tableaux cliniques ne constituent nullement un effet secondaire du vaccin ou une contre-indication éventuelle (on post-posera la vaccination en cas de maladie aiguë modérée à sévère, ou en présence d'une fièvre supérieure à 38°, comme pour toute vaccination).

L'immunité induite par le vaccin se développe endéans les 2 semaines, donnant un pic vers 4 -6 semaines, suivi d'une diminution progressive atteignant \pm 50% après 6 mois. Il n'est donc pas nécessaire, dans la majorité des cas, de revacciner après 6 mois. L'apparition de l'immunité est plus lente chez les aînés, et la diminution plus rapide. La persistance des anticorps

induits par le vaccin est de minimum 2 à 3 ans. Il est par ailleurs suggéré un renforcement de l'efficacité vaccinale en cas de vaccinations annuelles successives.

Syndromes grippaux et infections respiratoires aiguës totales enregistrés par les médecins-vigies (saisons 2006-2007 et 2007-2008)



4. Les groupes cibles de la vaccination

Les groupes cibles à vacciner sont définis annuellement par le Conseil Supérieur de la Santé. Ils reprennent principalement les personnes à risque de complications, mais également les travailleurs de santé, comme nous le montre l'encadré ci-dessous.

Groupes prioritaires pour la vaccination contre la grippe, selon le CSS (extrait de l'avis 8354 - voir <https://portal.health.fgov.be>)

Par ordre, les groupes de sujets suivants sont prioritaires:

→ **Groupe 1 : les personnes à risque de complications à savoir:**

- toute personne au-delà de 65 ans
- les personnes institutionnalisées
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique ou des troubles immunitaires (naturels ou induits)
- les enfants de 6 mois à 18 ans sous thérapie à l'aspirine au long cours.

→ **Groupe 2 : le personnel du secteur de la santé en contact direct avec les personnes du groupe 1.**

→ **Groupe 3 : les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la vaccination.**

→ **Groupe 4 : les personnes de 50 à 64 ans, même si elles ne sont pas identifiées comme à risque car il y a une chance sur trois qu'elles présentent au moins un facteur de complications: tout particulièrement les fumeurs, les buveurs excessifs et les personnes obèses.**

Le Conseil Supérieur de la Santé estime que les données disponibles sur la vaccination saisonnière des enfants ne sont actuellement pas suffisantes pour proposer la généralisation de cette vaccination chez les enfants sains.

Effets secondaires

Les effets secondaires rencontrés sont principalement

- une réaction locale au site d'injection (entre 15-20%, jusqu'à 65% dans certaines études) probablement plus fréquente lors d'une administration accidentelle sous-cutanée) ; cette réaction locale est généralement peu gênante et s'estompe le plus souvent rapidement
- une réaction générale (<15%) comprenant fièvre, myalgies et arthralgies ; elle survient plus souvent chez les jeunes enfants ou lors d'une première vaccination et dans les 6 à 12 h après la vaccination.

Lors de la campagne de vaccination aux Etats-Unis en 1976, des cas de syndrome de Guillain Barré ont été relevés à une fréquence anormalement élevée (accroissement de plus ou moins 1 cas pour 100.000 personnes vaccinées, alors que l'incidence annuelle aux USA est de 10 à 20 cas par million d'adultes). Malgré la surveillance attentive, cette situation n'a plus jamais été constatée depuis lors et les experts considèrent que les bénéfices potentiels de la vaccination en terme de prévention

de formes sévères de la maladie, d'hospitalisations et de décès, surpassent grandement le risque possible de syndrome de Guillain Barré.

La contre-indication principale du vaccin contre la grippe reste l'allergie grave (IGE médiée) aux oeufs.



Le vaccin prépandémique

Selon les experts, la probabilité statistique d'une pandémie grippale est grande et s'accroît d'année en année. L'apparition en 2003 d'un virus H5N1 responsable de cas de grippe aviaire a laissé craindre son imminence. Malgré l'amélioration des soins de santé, les modèles épidémiologiques prédisent qu'une pandémie pourrait causer sur la planète des millions de décès dans un laps de temps relativement court.

Au cours de la première phase d'une pandémie globale, il pourrait y avoir 2 milliards de cas en 6 à 9 mois. Des vagues successives pourraient se succéder pendant plus d'une année. Les conséquences économiques et sociales seraient considérables et auraient des impacts négatifs durables.

La mise en œuvre de stratégies multiples sera indispensable pour contenir l'épidémie. La stratégie initiale optimale consistera à contenir la grippe pandémique à sa source. Dans ce but, l'OMS prévoit des interventions tant médicales que sociales: une prophylaxie antivirale ciblée, une quarantaine et un isolement social, ainsi qu'une immunisation prépandémique.

On estime que la prophylaxie antivirale ciblée aura un effet significatif pour contenir la maladie. L'addition d'une vaccination prépandémique, même avec un vaccin de faible efficacité, contribuera aussi à ralentir ou contenir la propagation pandémique. L'ensemble de ces mesures permettra de gagner du temps jusqu'à la disponibilité d'un vaccin spécifique adapté à la nouvelle souche.

Les caractéristiques souhaitables d'un vaccin prépandémique incluent la protection croisée contre des sous-types de la souche H5N1 et un profil de sécurité tolérable. Un tel vaccin prépandémique a été enregistré par l'Agence européenne du médicament (EMA). Selon l'OMS, la constitution de stocks de vaccins prépandémiques apparaît comme une bonne option pour réduire le coût médical et économique d'une pandémie.

5. Le vaccin contre la grippe en pratique

Les mois d'octobre et novembre constituent la période optimale pour la vaccination.

- L'injection se fait en intramusculaire, dans le muscle deltoïde chez l'adulte ; chez le petit enfant, lorsque le vaccin est indiqué, l'injection se fait dans la face antéro-latérale de la cuisse. La voie sous-cutanée est responsable de réactions locales plus importantes.
- Rappelez à votre patient que la vaccination ne protège pas contre les rhumes et autres refroidissements.
- Signalez à votre patient que, parfois, des douleurs musculaires et des maux de tête légers peuvent survenir dans les jours suivants la vaccination. Il ne s'agit jamais d'une grippe puisque le vaccin est tué et ne peut induire une virémie et une infection.
- **Comme pour toute vaccination, il est recommandé**
 - de demander au patient de rester en salle d'attente dans les 15 à 30 minutes suivant la vaccination (éventuelles et rares réactions indésirables)
 - et de disposer d'adrénaline (Epipen™) pour traiter une exceptionnelle réaction anaphylactique.

La vaccination contre la grippe : une excellente occasion de vérifier l'état vaccinal de vos patients !

→ **Profitez-en pour contrôler la vaccination :**

1. contre le tétanos et la diphtérie. Un rappel de vaccination doit être administré tous les 10 ans.

Pensez aussi, le cas échéant, à un rappel de vaccin contre la coqueluche. Selon les récentes recommandations du CSS, « l'administration d'une dose unique de dTpa est également recommandée, quels que soient les antécédents de vaccination (complète ou incomplète) contre la coqueluche, pour les adultes qui n'ont pas reçu de rappel de dTpa à l'âge de 14-16 ans et qui sont en contact avec des nourrissons non ou insuffisamment vaccinés (< 12 mois). Il s'agit du principe de la vaccination dite familiale ou cocoon, à savoir: futurs ou jeunes parents et leurs contacts familiaux proches ainsi que le personnel soignant en pédiatrie et dans les milieux d'accueil de la petite enfance » (CSS avis 8369 / 2008).

2. contre le pneumocoque

Pour rappel, l'avis du CSS souligne que « la vaccination avec le vaccin pneumococcique à 23 valences est vivement recommandée pour les patients présentant un haut risque d'infection invasive à pneumocoque tels que les patients présentant une asplénie fonctionnelle ou ayant été splénectomisés. La vaccination est recommandée pour tous les adultes de 65 ans et plus et à partir de 50 ans pour les patients présentant une infection bronchopulmonaire chronique, une maladie cardiaque congestive, un éthylisme avec ou sans cirrhose et les patients infectés par le virus HIV » (CSS avis 5361 / 2004).

3. contre d'autres affections, selon les spécificités du patient (par exemple vaccination contre l'hépatite B chez un professionnel de la santé).



6. Les couvertures vaccinales

Source : enquête de santé par interview, Belgique 2004 / ISP
(<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crosprfr/hisfr/his04fr/his41fr.pdf>)

Grippe

La couverture vaccinale contre la grippe en Belgique, **parmi les personnes âgées de 65 ans et plus**, est globalement de 63%. Elle croît avec l'âge puisqu'elle n'est que de 58% chez les personnes âgées de 65 à 74 ans contre 70% parmi celles 75 ans et plus.

Notons que la protection est meilleure parmi la population de nationalité belge que parmi les européens non belges et les non européens.

Parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique spécifique (induisant une recommandation de vaccination contre la grippe), les taux de vaccination sont très largement insuffisants (voir tableau).

15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
1%	11%	22%	24%	40%

Parmi les professionnels de la santé, la situation semble disparate selon les lieux. Les données disponibles sont parcelaires.

En Flandre, la Cellule de soutien aux Logo's (groupes locaux de santé mis en place par la Communauté flamande) a organisé durant l'été 2007 une enquête téléphonique sur la vaccination contre la grippe pendant l'hiver 2006-2007, auprès d'un échantillon représentatif d'institutions flamandes. Au total, 254 des 745 maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) et 67 des 78 hôpitaux (généraux, spécialisés et universitaires) ont été interrogés. Selon cette étude, on atteignait en 2006 une couverture moyenne de 43,4% dans les MR et MRS (variation entre 0 et 100%) et de 36,3% dans les hôpitaux (variation de 14 à 80%). On estime ainsi la couverture moyenne totale à 37,7%.

Pneumocoque

On retrouve une situation similaire pour la protection contre le pneumocoque : globalement, parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique spécifique (induisant une recommandation de vaccination), seuls ± 12% sont vaccinés !

45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus
3%	8%	15%

Tétanos

Les couvertures vaccinales contre le tétanos restent également trop basses : 60% de la population belge a été vaccinée au cours des 10 dernières années contre le tétanos. Il y a une diminution considérable de la protection avec l'âge (voir tableau).

15-24 ans	25-34 ans	75 ans et plus
85%	68%	33%



7. Les réticences

Vis-à-vis de la vaccination contre la grippe, que ce soit chez les personnes âgées de 65 ans et plus, chez les adultes fragilisés par une maladie chronique ou chez les professionnels de la santé, on identifie les mêmes types de réactions ! Certains, une majorité heureusement, adhèrent à la stratégie de prévention qu'ils considèrent pertinente. D'autres sont réticents, refusent la vaccination ou l'acceptent avec beaucoup d'hésitations. Étonnamment, on retrouve chez les professionnels et les profanes le même type de réticences.

Essai de typologie

Quels sont les portraits types des personnes qui n'adhèrent pas à la vaccination contre la grippe ? En caricaturant, on peut en identifier cinq (dont les caractéristiques sont d'ailleurs parfois mêlées).

Il y a l'insouciant : cela ne le concerne pas, il n'y pense pas, il n'a pas le temps, il y pensera l'année prochaine... Les ennuis, c'est bien connu, c'est pour les autres.

Il y a le superman et la superwomen : ils sont invulnérables. La grippe, ils ne connaissent pas, ils ne l'ont jamais eue ou alors si peu... De toute façon, ils l'attendent de pied ferme.

Il y a le malin : il connaît une manière infailible de terrasser le virus de la grippe. Une tisane, une formule homéopathique, un bon grog, de la vitamine C, 5 citrons par jour, quelques gouttes d'oligoéléments... Les formules sont aussi nombreuses que scientifiquement non fondées...

Il y a le dubitatif : Le vaccin ? Cela ne sert à rien : il est inefficace, il n'est jamais adapté aux virus qui circulent, etc. Ils suspectent même le vaccin de la pire des perversions : la rumeur dit qu'il pourrait transmettre la grippe...

Il y a le craintif : Certains redoutent la piqûre. D'autres sont persuadés que les effets indésirables du vaccin sont considérables, qu'ils courent beaucoup plus de risque à se faire vacciner qu'à subir une grippe. Il y a celui qui imagine que la seule fois qu'il a eu la grippe, c'est quand il a été vacciné. Quelques-uns évoquent même le grand complot : le vaccin ne servirait que des intérêts privés : les producteurs, les employeurs, etc.

Convaincre

Face à ces réticences, il apparaît utile de rappeler quelques bases fondamentales sur lesquelles repose la recommandation de santé publique. D'abord, on ne recommande pas à toute la population de se faire vacciner contre la grippe. Ce ne serait pas pertinent dans l'état actuel des connaissances scientifiques et de l'épidémiologie de la maladie, avec la génération actuelle de vaccins, etc. On recommande la vaccination annuelle contre la grippe à certains groupes de population, parce que les études scientifiques ont montré un bénéfice en terme de santé pour ces groupes précis. Pour eux, les bénéfices surpassent les éventuels inconvénients.

Ensuite, le vaccin est efficace : il permet de réduire la mortalité liée à la grippe, ce qui est en fait l'essentiel de ce qu'on lui demande. Le vaccin ne peut pas transmettre la grippe, puisqu'il appartient à la catégorie des vaccins dits « tués ».

Le vaccin peut être qualifié de sûr, sur base de l'expérience passée. Enfin, personne n'échappera, au cours de sa vie, à l'infection par le virus Influenza.

Une enquête récente en Flandre

Cette enquête a été menée par l'Ondersteuningscel Logo's, une structure de soutien des groupes locaux de santé mise en place par la Communauté flamande, en janvier 2008. Cette enquête téléphonique visait des personnes âgées de 66 ans. Un échantillon représentatif de 384 personnes âgées de 66 ans a été interrogé : 61% d'entre elles étaient vaccinées en 2007 contre la grippe (60% des hommes et 62% des femmes).

Certaines connaissances des personnes interrogées sont bonnes :

- 96% savent que la vaccination est recommandée aux 65 ans et +.
- 98% (86% parmi les non vaccinées) savent également que les mois d'octobre et de novembre sont les plus indiqués pour une vaccination.
- 94% (82% parmi les non vaccinées) savent que la vaccination doit être répétée annuellement.
- 90% (67% parmi les non vaccinées) savent que la vaccination est le meilleur moyen de prévenir la grippe.

Des représentations erronées de la vaccination contre la grippe persistent cependant :

- ainsi, 47% des personnes interrogées pensent que le vaccin peut transmettre la grippe (41% des vaccinés et 56% des non vaccinés) ;
- 27% pensent que la vaccination contre la grippe protège aussi contre d'autres infections hivernales (31% des vaccinés et 20% des non vaccinés) ;
- 17% jugent que la vaccination contre la grippe a le plus souvent beaucoup d'effets indésirables (12% des vaccinés et 26% des non vaccinés).

Les motifs les plus importants pour renoncer à la vaccination sont : « *je n'appartiens pas à un groupe à risque* », « *je n'ai jamais eu la grippe* », « *je ne crois pas que le vaccin est efficace* ». D'autres raisons évoquées sont de mauvaises expériences antérieures avec le vaccin contre la grippe, la peur de l'injection, la préférence à d'autres moyens comme l'homéopathie, etc. Le médecin de famille semble, pour 72% des personnes vaccinées, avoir été le déclencheur de la vaccination. Il était suivi par la presse mutualiste et la télévision. Les personnes non vaccinées témoignent pour 59% que leur médecin pourrait les convaincre de se faire vacciner. Ces chiffres confirment bien le rôle déterminant joué par le médecin de famille dans la vaccination contre la grippe.

8. La vaccination des professionnels de la santé

La vaccination annuelle contre la grippe est recommandée par le CSS (et par les autorités scientifiques de la plupart des pays européens et en Amérique du Nord) aux professionnels de la santé. Elle présente trois avantages : elle permet au professionnel de se protéger lui-même contre l'infection ; en outre, elle diminue le risque que le professionnel transmette la maladie au sein de sa famille et parmi les personnes dont il s'occupe professionnellement.

Se protéger contre la grippe

Il a été démontré que, lors d'une épidémie de grippe, la proportion des cas de maladie était plus élevée parmi les professionnels de la santé que dans la population générale. Le bon sens permet aisément d'expliquer cette situation : les professionnels côtoient plus que n'importe qui les malades atteints de grippe ! Ils courent donc plus de risque d'être contaminés.

Le vaccin protège contre la maladie: lorsqu'on rencontre le virus quand on est vacciné, on n'a pas, ou de manière atténuée, les signes de la grippe. La vaccination protège 70 à 90% des adultes en bonne santé: ils évitent ainsi l'inconfort de la maladie, mais également une absence au travail synonyme pour les

collègues d'une surcharge inattendue de travail.

Protéger sa famille

En étant vaccinés contre la grippe, les professionnels sont moins susceptibles de transmettre le virus, que ce soit à leurs enfants, leur conjoint ou parents.

Protéger les personnes dont on s'occupe professionnellement

La vaccination des équipes soignantes offre une protection indirecte, liée à une moindre transmission du virus de l'Influenza. Dans les MR et MRS, elle est complémentaire à la vaccination des personnes les plus vulnérables. En effet, chez les personnes très âgées, le vaccin protège seulement \pm 40% des personnes vaccinées, car l'efficacité du système immunitaire diminue avec l'âge. Chez les personnes fragilisées par l'âge ou par une maladie chronique, le vaccin a pour principal objectif de protéger contre les complications de l'infection. Les études ont bien démontré que la vaccination de ces personnes réduisait le nombre d'hospitalisations et le nombre de décès consécutifs à une grippe.

Une étude récente en Grande-Bretagne confirme l'efficacité de la vaccination du personnel soignant dans un but de protection des résidents. L'étude a comparé 2 groupes de maisons de repos. Dans les 2 groupes, plus de 70% des résidents (âge moyen de 83 ans) étaient vaccinés contre la grippe. Mais dans le 1er groupe, près de 50% du personnel était vacciné contre la grippe, alors que ce chiffre dans le 2ème groupe atteignait seulement 5%. En comparant la situation dans les 2 groupes, l'étude met en évidence l'effet protecteur de la vaccination des professionnels, sur la santé des résidents. Pour 100 résidents, on a constaté dans le 1er groupe (50% du personnel vacciné contre la grippe) 5 décès et 2 hospitalisations pour grippe de moins que dans le 2ème groupe. Il y a aussi moins de consultations de médecine générale et de cas de grippe. Ces effets ont été démontrés au cours d'une saison d'activité grippale relativement faible et alors qu'une proportion relativement élevée de résidents était vaccinée !

Toute personne professionnellement en contact avec des personnes fragilisées est concernée. Il s'agit aussi bien des aides soignant(e)s, des aides ménagères, des aides familiales, des infirmier(e)s, des kinésithérapeutes, des accueillants, du personnel administratif, des médecins que du personnel d'entretien.

- Elder et al. Incidence and recall of influenza in a cohort of Glasgow healthcare workers during the 1993-4 epidemic: results of serum testing and questionnaire. *BMJ* 313 (1996), pp. 1241-1242
- Cassandra D et al . Influenza in the acute hospital setting.. *Lancet Inf Dis* 2002; 2:145
- I Wilde et al. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. *JAMA* 281 (1999), pp. 908-913.
- Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, Murad S & Watson J, Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity and health service use among residents: cluster randomised controlled trial, *BMJ* 2006;333:1241



Agir pour améliorer la vaccination des professionnels de la santé

Pour faire progresser la couverture vaccinale des professionnels de la santé, il est utile

- d'accroître la conviction en l'utilité de la vaccination
- de clarifier les rôles de chacun et de se concerter au sein des structures
- d'intensifier et de diversifier l'offre de vaccination.

→ Pour accroître la conviction en l'utilité de la vaccination, il est indispensable d'informer de manière répétitive et de multiplier les sources d'information (dépliants, affiches, conférences, convocations circonstanciées, etc). On suppose trop souvent que le personnel de santé est convaincu du sens et de l'utilité de la vaccination contre la grippe. Cet a priori est infondé. Les mêmes perceptions erronées vis-à-vis de la grippe et de la vaccination existent chez les professionnels

de la santé et parmi le public. Un travail pédagogique améliore la couverture vaccinale. La formation continue est donc nécessaire, mais est trop peu proposée.

Le personnel devrait aussi être informé à plusieurs reprises de l'organisation concrète de la vaccination contre la grippe dans l'établissement (avis aux valves, lettre personnelle adressée par la direction ou le service du personnel, notes de service, intranet, information au cours d'une réunion du personnel par la direction ou le responsable direct). L'incitation liée à l'offre augmente avec le caractère officiel.

→ Il n'est pas toujours évident d'identifier qui porte la responsabilité formelle de la vaccination au sein d'un établissement. Le service interne ou externe de médecine du travail est un canal très utilisé pour offrir la vaccination contre la grippe. Le médecin coordinateur des MR et MRS et/ou les médecins traitants des membres du personnel sont égale-

ment des vaccinateurs réguliers. Dans les hôpitaux, la vaccination est assumée généralement par le médecin du travail, mais souvent avec la contribution du médecin hygiéniste de l'institution. Il est essentiel d'organiser une ou deux réunions de concertation entre les intervenants quelques mois avant la saison de vaccination.

→ La probabilité de recevoir la vaccination contre la grippe augmente au fur et à mesure que s'accroît son accessibilité. La concertation permet notamment d'organiser, de renforcer et de diversifier l'offre de vaccination. Il est illusoire d'attendre un taux de vaccination important si la vaccination n'est proposée qu'une seule fois, en un lieu et à un moment donnés.

On peut difficilement attendre du personnel qu'il se déplace pour une vaccination dans son milieu de travail, en dehors des heures normales de travail. Il est indispensable de proposer au personnel des possibilités de vaccination étalées sur un ou plusieurs jours, à des heures variées. Le moment des changements d'équipe est généralement propice. Le passage au sein des services d'une « équipe volante » de vaccination est également un moyen utilisé avec succès dans certains établissements. Il faut également offrir la possibilité au personnel de se faire vacciner par son médecin traitant lors d'une consultation.



Plus d'informations

Site du Conseil Supérieur de la Santé:
<https://portal.health.fgov.be>

Site de la Société Scientifique de Médecine Générale:
www.ssmg.be

Site dédié à la vaccination en Communauté française:
www.vacc.info

Site de la Direction générale de la santé en Communauté française:
www.sante.cfwb.be

Site du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique:
www.cbip.be

Site de l'asbl Question Santé:
www.questionsante.org




sanofi pasteur MSD
vaccines for life

**Protection
à tout âge de la vie**

**La seule entreprise en Europe qui
se consacre exclusivement aux vaccins**

www.spmsd.com

Rédaction: Dr André Dufour, Dr Vincent Momin et Dr Patrick Trefois.

Commission "Vaccinations" de l'Institut de Médecine Préventive de la Société Scientifique de Médecine Générale.



Avec la collaboration du Service communautaire de promotion de la santé



L'asbl Question Santé est soutenue par la Communauté Française